

## Istruzioni

- Utilizzi una matita morbida #2 per marcare.
- Risponda a tutte le domande se non sono indicate altre istruzioni.
- I rettangoli sono da riempire completamente.

## Tipo di questione

- una sola risposta è possibile
- più di una risposta è possibile
- Informazioni obbligatorie

Solo per uso interno.  
Non ripreso da scanner.

Cognome		Nome		Sesso	
				m / f	
Indirizzo			N. di paziente		
			(interno)		
Paese		Codice postale		Città	
Numero di sicurezza sociale (no. AVS)				Data di nascita	
Cognome di nascita		Luogo di nascita		Paese di nascita (se no CH)	

Facoltativo

## Generale

### Data dell'esame

**Giorno**  1)  2)  3)  4)  5)  6)  7)  8)  9)  10)  11)  12)  13)  14)  15)  16)  17)  18)  19)  20)  21)  22)  23)  24)  25)  26)  27)  28)  29)  30)  31)

**Mese**  1)  2)  3)  4)  5)  6)  7)  8)  9)  10)  11)  12)

**Anno**  12)  13)  14)  15)  16)  17)  18)  19)  20)  21)  22)  23)  24)

### Intervallo (dopo l'intervento)

prima dell'intervento  6 settimane  1 anno  5 anni  9 anni  13 anni

(al dimissione)  3 mesi  2 anni  6 anni  10 anni  14 anni

6 mesi  3 anni  7 anni  11 anni  15 anni

9 mesi  4 anni  8 anni  12 anni  >15 anni.....

(specificare in anni)

## Istruzioni

Questo questionario è stato predisposto per conoscere il Suo parere sullo stato della Sua anca. Queste informazioni possono aiutarci a comprendere cosa Lei pensa del Suo disturbo e quanto Lei sia in grado di compiere le comuni attività della vita quotidiana. Risponda a ciascuna domanda, mettendo una crocetta nella casella corrispondente (solo una risposta per ciascuna domanda). Se nessuna delle risposte dovesse sembrarLe appropriata, scelga quella che più si avvicina alla Sua situazione.

## Sintomi

Le domande che seguono riguardano i sintomi e le difficoltà che ha provato all'anca nel corso dell'ultima settimana

S1. Scrosci, scatti o altri tipi di rumore

mai  raramente  qualche volta  spesso  sempre

S2. Difficoltà nel divaricare al massimo le gambe

nessuna  lieve  moderata  grave  estrema

S3. Difficoltà a fare passi lunghi mentre cammina

nessuna  lieve  moderata  grave  estrema

## Rigidità

Le domande che seguono riguardano il grado di rigidità che ha provato all'anca nel corso dell'ultima settimana. La rigidità è una sensazione di limitazione o minore facilità nel muovere l'anca.

S4. Quanto intensa è la rigidità della sua anca subito dopo il risveglio al mattino?

nessuna  lieve  moderata  grave  estrema

S5. Quanto intensa è la rigidità della sua anca dopo essere stato seduto, disteso o aver riposato nel corso della giornata?

nessuna  lieve  moderata  grave  estrema

## Dolore

P1. Quanto frequentemente le fa male l'anca?

mai  mensilmente  settimanalmente  quotidianamente  sempre

Quale è stata l'intensità del dolore che ha provato all'anca nell'ultima settimana durante le seguenti attività?

P2. Estendere completamente l'anca

nessuna  lieve  moderata  grave  estrema

P3. Flettere completamente l'anca

nessuna  lieve  moderata  grave  estrema

P4. Camminare su una superficie piana

nessuna  lieve  moderata  grave  estrema

P5. Salire o scendere le scale

nessuna  lieve  moderata  grave  estrema

P6. Di notte, a letto

nessuna  lieve  moderata  grave  estrema

P7. Stare seduto o sdraiato

nessuna  lieve  moderata  grave  estrema

P8. Stare in piedi in posizione eretta

nessuna  lieve  moderata  grave  estrema

P9. Camminare su una superficie rigida (asfalto, cemento, ecc)

nessuna  lieve  moderata  grave  estrema

P10. Camminare su una superficie irregolare

nessuna  lieve  moderata  grave  estrema

\* con SCORE-calcolazione

## Funzione, attività della vita quotidiana

Le domande che seguono riguardano le sue capacità funzionali, in particolare la sua abilità nel muoversi e prendersi cura di sé.

**Per ciascuna delle seguenti attività indichi per favore il grado di difficoltà provato nell'ultima settimana a causa dei problemi all'anca.**

A1. Scendere le scale	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A2. Salire le scale	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A3. Alzarsi da seduto	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A4. Stare in piedi	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A5. Piegarsi verso il pavimento/raccogliere un oggetto	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A6. Camminare su una superficie piana	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A7. Salire e/o scendere da un'automobile	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A8. Andare a fare spese	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A9. Mettersi i calzini o le calze	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A10. Alzarsi dal letto	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A11. Togliere i calzini o le calze	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A12. Stare sdraiato a letto (girarsi tenendo ferma l'anca)	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A13. Entrare e/o uscire dalla vasca da bagno	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A14. Stare seduto	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A15. Sedersi e/o alzarsi dal water	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A16. Fare lavori domestici pesanti (spostare scatole pesanti, lavare pavimenti, ecc)	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
A17. Fare lavori domestici leggeri (cucinare, spolverare, ecc)	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema

## Funzione fisica, attività sportive e del tempo libero

Le domande che seguono riguardano le sue capacità funzionali quando svolge attività che richiedono un impegno maggiore.

**Faccia riferimento al grado di difficoltà provato a causa dell'anca nell'ultima settimana.**

SP1. Accovacciarsi	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
SP2. Correre	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
SP3. Girarsi facendo perno sulla gamba	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema
SP4. Camminare su una superficie irregolare	<input type="radio"/> nessuna	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> estrema

## Qualità della vita

Q1. Con quale frequenza si rende conto del Suo problema all'anca?	<input type="radio"/> mai	<input type="radio"/> mensilmente	<input type="radio"/> settimanalmente	<input type="radio"/> quotidianamente	<input type="radio"/> sempre
Q2. Ha modificato il Suo stile di vita per evitare attività potenzialmente dannose per la Sua anca?	<input type="radio"/> per niente	<input type="radio"/> poco	<input type="radio"/> in parte	<input type="radio"/> molto	<input type="radio"/> moltissimo
Q3. Quanto è preoccupato dalla mancanza di sicurezza della Sua anca?	<input type="radio"/> per niente	<input type="radio"/> poco	<input type="radio"/> in parte	<input type="radio"/> molto	<input type="radio"/> moltissimo
Q4. In generale, quanto è in difficoltà a causa della Sua anca?	<input type="radio"/> per niente	<input type="radio"/> poco	<input type="radio"/> in parte	<input type="radio"/> molto	<input type="radio"/> moltissimo

Firma del paziente: .....